

紙おむつ 申込書

高・障
新規・継続

①紙おむつ種類 (希望の番号に○をつけ、空欄に「2」と入れてください。)

《こども用》			《パッド》		
1	グーン テープタイプ 新生児用		21	サルバ さらさらケアパッド 50cc	
2	グーン テープタイプ S		22	サルバ さらさらケアパッド 100cc	
3	グーン テープタイプ M		23	サルバ Lパッドスーパー	
4	グーン テープタイプ L				
5	グーン パンツタイプ M		《おとな用》		
6	グーン パンツタイプ L		51	オンリーワンケア テープタイプ S	
7	グーン パンツタイプ ビッグ		52	オンリーワンケア テープタイプ M	
8	グーン パンツタイプ ビッグより大		53	オンリーワンケア テープタイプ L	
			54	オンリーワンケア パンツタイプ S	
《中人用》			55	オンリーワンケア パンツタイプ M	
10	グーン パンツタイプ スーパービッグ		56	オンリーワンケア パンツタイプ L	

②使用する方

フリガナ	性別	生年月日
	男・女	年 月 日(満 歳)

東京都台東区

電話 ()

③現況

- ◎介護保険 申請中
申請済 (要支援・要介護・自立)
未申請 (理由)
- ◎お持ちの手帳 障害者手帳 種 級
愛の手帳 種 度

④紙おむつ希望月 (希望月に○をつけてください。複数選択可)
 毎月必要な方は、全ての月を○で囲んでください。

年 年
 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

⑤申込者

上記のとおり申込みます。

社会福祉法人 台東区社会福祉協議会 会長様

申請日 年 月 日

住所

氏名

使用者との続柄

社協記載事項欄

新規・継続・高齢者・障害者 受付担当【 】 オムツ番号【 】

確認事項・特記事項

- 現在、入所はしていません。
区より(高齢福祉課もしくは保護課)、おむつの支給があります。(それはいつ頃ですか? ____月)
 →介護保険での支給と重ならなければ、次月以降もお渡しすることが可能。
 →生活保護受給中の方は支給不可。